

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

N°
937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANJUÈRE Jean,

né le 19 Juillet 1933, à LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

UN NOUVEAU TEST FONCTIONNEL HÉPATIQUE, L'ÉPREUVE AU LUGOL

Etude critique de sa valeur sur 59 cas

Président : M. A. LEMAIRE, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANJUÈRE Jean,

né le 19 Juillet 1933, à LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

**UN NOUVEAU TEST FONCTIONNEL HÉPATIQUE,
L'ÉPREUVE AU LUGOL**

Etude critique de sa valeur sur 59 cas

Président : M. A. LEMAIRE, Professeur





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556008_0016

A ma Mère

dont la tendresse immense,
le soutien et l'exemple,
m'ont aidé à faire ce que je suis.

A mon Oncle et à son épouse,

en témoignage de ma reconnaissance et de
mon affection.

A celle qui sera ma femme un jour.

A Monsieur le Professeur A. LEMAIRE

Commandeur de la Légion d'Honneur

.Professeur de Clinique Thérapeutique Médicale

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A notre Maître, Monsieur le Professeur DENOYELLE

Officier de la Légion d'Honneur

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

qui nous a accueilli comme externe
avec la plus grande bienveillance
dans son service, et nous a fait
bénéficiaire de son enseignement si
précieux.

Respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur Jean BERTRAND,

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de

Médecine de Paris

qui nous a guidé dans notre travail
et dont les avis et les conseils
judicieux nous ont été d'une si grande
aide.

Qu'il trouve, ici, l'expression de
notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur FROMENTY

A Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN

A Monsieur le Docteur ROY

A Monsieur le Docteur BRIZON

qui m'ont accepté comme externe dans
leur service.

Aux niens

A mes amis

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROcq (P.), CADENAT (F.), BULLIARD (H.),
 CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.),
 LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 RICHEL (C.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MULON (P.), OLIVIER (E.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.)

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE.

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomic (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education phys. & Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst.G. ROUSSY)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon)	SICARD (A.)
(Cochin)	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	MENEGAUX (G.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et répatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enf. malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl. Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Broussais)	GENNES (L. de)
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales (Hôtel Dieu)	BARIETY (M.)
(Lariboisière)	SOULIE (P.)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	LACOMTE (M.)
Cliniques obstétricales	N.
(Baudelocque)	VARANGOT (J.)
(Port-Royan)	RENARD (D.)
(Tarnier)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)	MARIE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie Sociale	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phtisiologie -(Laënnec)	LELONG (M.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	SENEQUE (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	FEY (B.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	DJOURNO (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GIROUD (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre pers.)	N.
Embryologie	VERNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEPARIS (M.)
Histologie	TURPIN (R.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre pers.)	JOANNON (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance	DESOILLE (H.)
Hygiène et médecine préventive	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	EALLIARD (H.)
Médecine légale	COUVELAIRE (R.)
Parasitologie	LAVIER (G.)
Pathologie chirurgicale	LENEGRE (J.)
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparés	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F._P)
Pathologie médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

MM.

Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) or. s. ch. POLONOSKI (J.), n. conf. SCHAPIRA (G.), n. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) n. conf.
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr.s.ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)

Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.) pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHT (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.)

Pathologie médicale

BRICAIRE (H.)
 BRISSAUD (H.)
 BROCARD (H.)
 BUGE (A.)
 CASTAIGNE (P.) m. conf.
 CATINAT (J.)
 CONTAMIN (F.)
 COURRY (C.)
 FREZAL (J.)
 HOUSSET (E.)
 LAROCHE (Cl.)
 LESOBRE (R.)
 NACREZ (C.)
 NICK (J.)
 PEQUIGNOT (H.) m. conf.
 ROYER (P.)
 WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture

JOSEPH (R.p)
 MANDE (R.)
 MOZZICONACCI (P.)
 POLONOVSKI (C.)
 ROSSIER (A.)

Pharmacologie

LEVY (Mlle J.) pr. s. ch.
 BOISSIER (J.)
 LECHAT (P.)

Physiologie

PARROT (J.) pr. s. ch.
 DEJOURS (P.)

Physique médicale

GOUGEROT (L.) m. conf.

Pneumo phtisiologie

AREIS (B.)

Psychiatrie infantile

DUCHE (D.)

Psychiatrie

PICHOT (P.)

Thumatologie

DELBARRE (F.)

Stomatologie

CERNEA (P.)
 CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
 GRELLET (M.)

Thérapeutique

CHASSAGNE (P.)
 LAMOTTE (M.)

Urologie

QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.M.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.) pr. s. ch. BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)
Clinique neuro-rhumatologique	SEZE (S. de)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) MERGER (R.) RAWINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngolo gique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.) Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURE (A.)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

INTRODUCTION

Le nombre des épreuves fonctionnelles hépatiques s'accroît, pourrait-on dire, de jour en jour. Elles ont permis de faire le tour, semble-t'il, des perturbations qu'entraînent les lésions de la cellule hépatique. Toutes explorent un plus ou moins grand nombre de fonctions sélectives, et il apparaît que, pour avoir une vue d'ensemble sur l'état de la glande hépatique, il faut s'adresser à de nombreuses épreuves.

A la condition expresse que le laboratoire qui effectue les dosages ait un matériel suffisant et des techniciens très avertis et consciencieux, on peut tabler sur les résultats qu'il fournit, car les difficultés et les pièges techniques sont très nombreux ; ce qui risque de rendre, dans des conditions qui ne sont pas optima, les réponses aléatoires.

Matériel très important, difficultés techniques, lenteur des réponses, constituent donc souvent des obstacles non négligeables.

Aussi cherche-t'on toujours à trouver une épreuve qui soit simple, rapide et également fidèle.

Nous avons eu connaissance, à cet égard, du travail d'un américain, MALLÉN, qui, en 1950 préconisait l'utilisation d'un nouveau test employant une solution de Lugol fort et qui semblait répondre à ces exigences et méritait une très grande attention.

Ce test est à la fois très simple et peu onéreux. Il consiste à mélanger

à parties égales, une solution de Lugol fort et le sérum d'un sujet malade. Le résultat est visible au bout d'une minute. Selon l'auteur, si le mélange reste limpide, la cellule hépatique peut être considérée comme indemne ; si un trouble apparaît, on peut en inférer une atteinte de la fonction hépatique.

L'extrême simplicité de ce test, sa rapidité de lecture et le matériel peu important qu'il nécessite, font que ce test pourrait être utilisé avec profit dans les régions démunies de laboratoires, ou même dans les hôpitaux bien équipés en association avec d'autres épreuves hépatiques.

Reprenant le travail de MALLIN, SHAPER en 1953 publia les résultats obtenus par ce test au Lugol sur 133 sujets atteints d'affections diverses. Il conclut : "Ce test est fort simple, précis, et très précieux pour le médecin ou le pharmacien isolé, loin de tout laboratoire entraîné à pratiquer et à interpréter des épreuves fonctionnelles hépatiques".

V. VIRANUVATTI, en 1959, reprend le travail de ces précédents auteurs en l'étayant cette fois, sur un nombre impressionnant de cas. 778 sujets furent soumis au test au Lugol. Il n'hésite pas, au terme de son étude, à affirmer : "Le Lugol-test est plus sensible que le Céphalin-test et le Thymol-test" et il doit donc être employé systématiquement en corrélation avec les autres épreuves hépatiques".

Nous n'avons pas eu à notre disposition l'étonnant matériel de V. VIRANUVATTI ; mais, frappés par l'intérêt que pouvait présenter l'épreuve au Lugol qui, à notre connaissance, n'a pas fait l'objet de travaux autres que

ceux que nous avons mentionnés, nous avons tenté de préciser la valeur de ce test, encore une fois très simple à pratiquer, et de lecture facile et rapide.

MATERIEL ET TECHNIQUE DE L'EPREUVE

Reprenant la technique de MALLÉN, précisée par VIRANUVATTI, nous avons utilisé le matériel suivant :

1° - La solution de Lugol fort :

Iode 5 grammes

Iodure de potassium 10 grammes

Eau q.s.p.....100 grammes

Il est absolument indispensable que la solution de Lugol fort soit conservée dans un flacon teinté, la solution ne restant stable qu'à cette condition.

2° - Le sérum du sujet est obtenu en laissant sédimenter pendant quelques heures 2 à 5 cm³ de sang dans un tube en verre très sec et très propre, après avoir eu soin de décoller le caillot des parois du tube une demi-heure environ après le prélèvement.

3° - Quelques lames de verre propre ou quelques tubes à hémolyse de faible section.

4° - On utilise des pipettes ou, plus simplement, des compte-gouttes pour prélever les échantillons de sérum et de Lugol.

Pour réaliser l'épreuve on peut indifféremment :

1° - Mélanger sur une lame de verre une goutte de sérum avec une goutte de solution de Lugol fort.

2° - Ou bien mélanger avec un agitateur, dans un tube à hémolyse de faible section, deux quantités égales de sérum et de Lugol fort.

Le résultat est visible une minute plus tard :

1° - Il est négatif si le produit du mélange reste clair et transparent.

2° - Il est positif, avec des intensités allant de + à ++++ si le mélange est troublé par la formation plus ou moins rapide d'une floculation.

L'évaluation des intensités est simple :

+ si un trouble léger se forme au bout d'une minute ;

++ si un précipité plus opaque se forme au bout de cette même minute ;

+++ si un précipité opaque se forme au bout d'une dizaine de secondes ;

++++ si un précipité très important se forme instantanément après le

mélange du sérum avec le Lugol.

METHODES DE TRAVAIL

Nous avons scindé nos observations en deux groupes : les sujets témoins et les sujets malades.

L'ensemble de nos cas se chiffre à 59.

I - Les témoins -

Ils ont été choisis parmi des externes, des étudiants ou même des sujets hospitalisés dans des services de médecine.

Leur âge s'échelonne de 18 à 63 ans.

Tous étaient sains et leur état de santé a été suivi 10 jours après la prise de sang afin de ne pas laisser passer une affection médicale à l'état latent.

Le nombre de ces sujets témoins s'élève à 20, dont 4 femmes et 16 hommes.

II - Les malades -

Etant donné le but de notre travail, nous avons surtout sélectionné des malades intéressant la pathologie hépatique. Cependant, il nous a paru d'emblée indispensable de s'adresser à d'autres catégories de malades, de façon à préciser si le test au Lugol pouvait avoir une valeur plus spécifique vis-à-vis des affections hépatiques.

Toutes les fois où cela nous a été possible, nous avons tenté de préciser pour chaque malade, l'état de ses cellules hépatiques en faisant pratiquer des épreuves fonctionnelles classiques, de façon à rechercher une corrélation possible entre elles, ou tout au moins, entre une ou plusieurs épreuves et le test au Lugol.

Nous nous sommes surtout adressés aux épreuves suivantes :

- Réaction au thymol de Mac LAGAN
- Céphaline cholestérol de HANGER
- Réaction de GROS
- Réaction de KUNKEL Phénolique

Nous avons aussi demandé des dosages dans le sang, de la bilirubine totale, directe ou indirecte ; ainsi que des électrophorèses sur sérum afin de contrôler le taux des albumines et des différentes fractions des globulines sériques.

Les sujets que nous avons examinés à l'aide du test au Lugol s'élèvent à 39, soit 26 cas de malades atteints d'affections hépatiques (ictères par hépatite, spirochétoses ictéro-hémorragiques , ictères par obstruction, cirrhoses éthyliques du foie, hémochromatoses, cancer du foie) et 13 cas de malades atteints d'affections médicales diverses.

La répartition de ces cas est précisée dans le Tableau 1.

TABEAU 1 - REPARTITION DES CAS :

I - Affections hépatiques :

Ictères par hépatite	6	} 26 cas
Leptospiroses Ictérohémorragiques	2	
Cirrhoses du foie	10	
Cancers du foie	2	
Ictères par obstruction	4	
Hémochromatoses	2	

II - Affections médicales diverses :

Polynévrites éthyliques sans lésions hépatiques	5	} 13 cas
Leucémies lymphoïdes	3	
Maladie de Hodgkin	1	
Néphrose lipoïdique	1	
Ulcères gastro duodénaux	2	
Colite ulcéreuse	1	

OBSERVATIONS

Nous nous contenterons de fournir ici le résumé des observations des différents malades que nous avons examinés.

A la fin de ce chapitre, le tableau II résume les données que nous avons pu recueillir, précisant notamment les résultats des divers examens de laboratoire.

I - MALADES AYANT DES AFFECTIONS INTERESSANT LA CELLULE HEPATIQUE

Observation n° 1 - Ictère par hépatite :

M. DAL.. âgé de 72 ans, est hospitalisé dans un service de chirurgie le 12-8-59 pour une fracture d'un col fémoral. Durant son séjour à l'hôpital se développe un ictère progressif apyrogène ; la palpation de l'hypocondre droit montre un foie de volume normal et absolument indolent.

Des épreuves hépatiques sont alors pratiquées ; elles montrent :

Réaction de Mac LAGAN : 38 unités VERNE (uV)

HANGER 0

GROS 47 uV

KUNKEL Phénolique 29 uV

Le taux de Prothrombine est à 100 %, celui du cholestérol total dans le sang est à 2,20 gr.

La Bilirubine totale est à 90 mlg, indirecte 22, directe 8 mlg pour mille.

L'ictère régresse au bout d'une dizaine de jours. Il est donc à considérer comme un ictère par hépatite à forme cholestatique.

La réaction au Lugol est positive = ++

Observation n° 2 : Ictère par hépatite

Mme BER... âgée de 54 ans entre le 2 Août 1959 dans un service de chirurgie pour un ictère franc colorant la peau et les muqueuses.

Cet ictère s'accompagne d'une douleur sourde au niveau de l'hypocondre droit.

Les épreuves hépatiques fonctionnelles suivantes montrent :

Réaction de Mac LAGAN	110 uV
" HANGER	0
" GROS	63 uV
" KUNKER Phénolique	56 uV

La Bilirubine totale est à 7 mlg., directe à 0 mlg.

L'esthérisation du cholestérol = 45 %.

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont perturbées, il s'agit d'un ictère par hépatite.

Le test au Lugol est positif = +++

Observation n° 3 - Ictère par hépatite

M. HAN.. âgé de 73 ans, entre dans un service de médecine le 16-8-59 pour un ictère franc avec coloration jaune citron très marquée des téguments et des muqueuses. Il n'a pas de fièvre et ne présente aucun signe fonctionnel. On constate aussi que le malade est très amaigri.

Trois semaines après une thérapeutique sévère il a déjàuni, repris du poids et il quitte le service le 4-9-59.

Des épreuves hépatiques ont été pratiquées, elles montrent :

Test de Mac LAGAN	60 uV
" HANGER	++
" GROS	63 uV
" KUNKEL Phénolique	38 uV

Le cholestérol total est à 2,40 gr. ; la Bilirubine totale est à 108 mlg indirecte 52 mlg., directe 56 mlg.

La vitesse de sédimentation globulaire est à :

1ère heure	55
2ème heure	87
24ème heure	98

En conclusion les épreuves hépatiques sont perturbées ; il s'agit d'un ictère par hépatite.

Le 17-8-59 le test au Lugol est positif = +

Le 4-9-58 le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 4 - Hépatite ictérique.

Mme SAM.. 57 ans, est hospitalisée le 25-8-59 pour un syndrome douloureux épigastrique accompagné d'un état nauséux. Il existe un subictère. A la palpation, on trouve un foie débordant le gril costal, douloureux à la pression.

Une ponction biopsie du foie faite le 11-9-59 montre l'existence d'une hépatite sévère avec réaction fibreuse importante.

Le 4-8-59 on pratique des examens paracliniques qui montrent :

. Vitesse de sédimentation globulaire :

1ère heure 37

2ème heure 80

24ème heure 110

Dosage du taux de Prothrombine 80 %

Réaction de Mac LAGAN 42 uV

" HANGER +

" GROS 47 uV

" KUNKEL Phénolique 33 uV

En conclusion les épreuves hépatiques sont perturbées il s'agit d'une hépatite ictérique.

Le test au Lugol est positif = + +

Observation n° 5 - Hépatite ictérigène.

Mme BEI.. entre à l'hôpital le 13-8-59 pour un ictère franc important colorant les téguments et les muqueuses.

L'examen clinique révèle une hépatomégalie ferme mais indolente.

Une ponction biopsie du foie montre qu'il s'agit d'un terrain cirrhotique sur lequel s'est greffée une hépatite.

Les tests hépatiques pratiqués le 16-8-59 montrent :

Réaction de Mac LAGAN	90 uV
" HANGER	+
" GROS	67 uV
" KUNKEL Phénolique	46 uV

Taux de Prothrombine = 65 %

Le rapport $\frac{\text{Cholestérol total}}{\text{Cholestérol estérifié}} = 45 \%$

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont très perturbées. Il s'agit d'une poussée d'hépatite ictérigène sur une cirrhose vraisemblable.

Le test au Lugol est positif = +++

Observation n° 6 - Ictère par hépatite

M. IAR.. 43 ans entre dans un service de médecine le 7-8-59 pour un ictère franc colorant les téguments et les muqueuses, accompagné de la triade clinique céphalées, arthralgies, urticaire.

L'exploration manuelle de l'hypocondre droit montre une hépatomégalie modérée.

Des examens paracliniques sont pratiqués : ils montrent

Vitesse de sédimentation globulaire

1ère heure	6
2ème heure	18
24ème heure	70

L'électrophorèse montre :

albumine	54,5 gr.
globuline α 1	= 5,2 %
α 2	= 10,4 %
β	= 12,7 %
γ	= 17,2 %

Le test de Mac LAGAN = 42 uV

" HANGER = 0

" GROS = 50 uV

" KUNKEL Phénolique = 37 uV

Le taux de cholestérol total = 2 gr. pour 1.000

" Bilirubine totale = 42 mlg. "

" " indirecte = 48 %

" " directe = 44 %

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont assez peu perturbées, l'électrophorèse est normale ; nous pensons néanmoins à un ictère par hépatite probable.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 7 - Spirochétose Ictéro-hémorragique

M. de V.. âgé de 19 ans est hospitalisé le 20-7-59 pour d'importants troubles méningés. Une ponction lombaire montre alors que le liquide céphalo-rachidien est normal.

Deux jours après, apparaît un ictère franc cutanéomuqueux : on pense alors à une Spirochétose, diagnostic qui sera confirmé 15 jours après par l'Institut PASTEUR.

Les examens de laboratoire pratiqués sont les suivants :

Culot urinaire : pas de leucocytes, pas de cylindres, pas d'éléments du sang, assez nombreuses cellules épithéliales. Bactériologie : pas de B K, pas de germes pathogènes. Albuminurie 0,10 gr.

L'Urée du sang = 0,30 gr. : la vitesse de sédimentation est à :

1ère heure = 38

2ème heure = 60

24 ème heure = 90

Les tests hépatiques montrent : Bilirubine totale = 4 mg. pour 1.000

Epreuve de Mac LAGAN = 37 uV

" HANGER = 0

" GROS = 44 uV

" KUNKEL Phénolique = 40 uV

La courbe de SANDOR indique un déplacement dans la zone acide des alphaeuglobulines.

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont très légèrement perturbées.

Le test au Lugol est positif = +

Observation n° 8 - Spirochétose Ictéro-hémorragique

M. PON.. âgé de 53 ans est hospitalisé le 17-8-59 avec le diagnostic d'hépatonéphrite confirmé après par le sérodiagnostic de MARTIN et PETIT.

L'examen clinique montre l'existence d'un subictère et d'une hépatomégalie assez importante.

On demande alors des épreuves de laboratoire qui indiquent :

Examen des urines : le culot est normal avec seulement une albuminurie à 0,40 gr.

Urée dans le sang = 1,75 gr.

Bilirubine Totale = 14 mlg. pour 1.000

Test de Mac LAGAN = 85 uV

" GROS = 56 uV

Test de HANGER = +

" KUNKEL Phénolique = 32 uV

Le taux de Cholestérol total = 2,30 gr.

L'électrophorèse montre :

Albumines = 36,7 gr.

Globulines α 1 = 7,6 %

α 2 = 20,3 %

β = 13,2 %

γ = 22,2 %

En conclusion : Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont très perturbées, l'électrophorèse montre une augmentation des α 1 et des γ globulines.

Le 20-8-59 le test au Lugol est positif = +

Le 3-9-59 le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 9 - Cirrhose du foie.

M. ALL.. âgé de 60 ans entre dans un service de né decine le 12-7-59 pour une hématurie de moyenne abondance formée de sang rouge avec caillots.

Son teint est jaune cirrux, sa tension = 12/7.

Il n'existe pas cependant de véritable ictère cutanéomuqueux.

La palpation de l'hypocondre droit révèle une légère hépatomégalie.

Les divers examens paracliniques montrent :

Vitesse de sédimentation globulaire :

1ère heure	=	32
2ème heure	=	76
24ème heure	=	136

La numération formule dénote une certaine anémie avec 2.760.000 Globules rouges.

La galactosurie provoquée faite le 3-8-59 montre :

Volume	168 cc	Galactose	58 gr. pour 1.000
"	150 cc	"	0
"	1.400 cc	"	0
"	860 cc	"	0

La B.S.P. montre :

dans l'échantillon n° 1 : 25 %

" n° 2 : 6 %

Le taux de Prothrombine = 100 %

Le test de Mac LAGAN = 15 uV

" HANGER = 0

" GROS = 28 uV

" KUNKEL Phénolique = 8 uV

L'électrophorèse montre : Protides totaux 61 gr.

Albumines 53,5

Globulines $\alpha 1 = 2,8$

$\alpha 2 = 7,9$

$\beta = 11,6$

$\gamma = 24,2$

En conclusion : La galactosurie, et la B.S.P. sont perturbées : il y a augmentation des γ globulines sériques, dont il s'agit d'une cirrhose du foie.

Le test au Lugol est positif = +++

Observation n° 10 - Cirrhose éthylique du foie.

M. CIA... âgé de 58 ans, entre dans un service de médecine le 8-8-59 adressé par un service de chirurgie car, à la suite d'un traumatisme, il a présenté un citère franc, foncé, intéressant les téguments et les muqueuses. Notons qu'il s'agit là d'un éthylique porteur d'une cirrhose actuellement en pleine décompensation.

L'examen clinique montre qu'il existe une hépatomégalie importante et des phénomènes hémorragiques considérables (purpura, épistaxis, etc....)

Les examens paracliniques montrent, le 12-8-59 :

Bilirubine Totale = 15 mg. pour 1.000

Le taux de Prothrombine = 60 %

La réaction de Mac LAGAN = 34 uV

" HANGER = 0

La réaction de GROS = 47 uV

" KUNKEL Phénolique = 36 uV

L'électrophorèse indique Albumines = 41 gr.

Globulines α 1 = 4,1 %

α 2 = 6,7 %

β = 13,4 %

γ = 34,2 %

En conclusion : Il existe une augmentation importante du taux des γ globulines sériques. Les tests de floculation n'étant pas par ailleurs perturbés.

Le test au Lugol fait le 14-8-59 est positif = +++

Le malade est revu un mois après ; il a presque complètement déjàuni, le foie par contre est toujours augmenté de volume.

Un nouveau test au Lugol de contrôle est pratiqué le 25-9-59.

Il est négatif = 0

Observation n° 11 - Cirrhose éthylique

M. GIB.. 49 ans est hospitalisé le 23-6-59 pour une polynévrite éthylique accompagnée d'un état précirrhotique.

Il s'agit là d'un malade très amaigri (52 kg.), subictérique. Son foie est dur, de volume normal à la palpation.

Les examens paracliniques pratiqués le 25-6-59 montrent :

Cholestérolémie : 1,80 gr.

La vitesse de sédimentation montre :

1ère heure = 26

2ème heure = 71

24ème heure = 96

L'électrophorèse indique les taux suivants :

Protides totaux = 78 gr.

Albumines = 59 gr.

Globulines α 1 = 2 %

α 2 = 6,1 %

β = 10 %

γ = 22,9 %

Le rapport $\frac{\text{Albumines}}{\text{Globulines}}$ = 1,44

En conclusion : Il existe une augmentation des γ globulines sériques. Nous n'avons pas ici de test de floculation.

Le test au Lugol est positif = +++

Observation n° 12 - Cirrhose éthylique du foie.

M. RIO.. âgé de 55 ans, entre à l'hôpital le 29-9-59 pour un anagrissement accompagné d'une asthénie progressive.

Il s'agit là d'un éthylique avoué avec cirrhose au début.

Les épreuves hépatiques pratiquées le 22-9-59 indiquent :

Réaction de Mac LAGAN = 11 uV

" HANGER = 0

" GROS = 29 uV

" KUNKEL Phénolique = 23 uV

L'électrophorèse est perturbée avec :

Albumines = 50 gr.

Globulines α 1 = 3 %

α 2 = 7,5 %

β 1 = 8,7 %

β 2 = 26,7 %

γ = 24,9 %

Par ailleurs la cholestérolémie = 2,4 gr.

Le dosage de la bilirubine totale = 5 nlg. pour 1.000

En conclusion : Il existe une augmentation des β et γ globulines sériques sans perturbations des tests de labilité plasmatique.

Le test au Lugol est positif = ++

Observation n° 13 - Cirrhose du foie.

Mme GIR.. âgée de 56 ans est connue comme cirrhotique depuis un an environ.

Elle présente actuellement un ictère franc avec ascite et hémorragies digestives.

Des épreuves hépatiques sont pratiquées le 10-8-59. Elles montrent :

Test de Mac LAGAN	=	38 uV
" HANGER	=	0
" GROS	=	44 uV
" KUNKEL Phénolique	=	35 uV

La vitesse de sédimentation :

1ère heure = 144

2ème heure = 152

24ème heure = 157

Le taux de Prothrombine = 75 %

La Cholestérolémie totale = 1,40 gr. pour 1.000

La Bilirubine Totale à un taux égal à 13 mlg. pour 1.000

En conclusion : Il s'agit d'une cirrhose cliniquement grave où les épreuves hépatiques ne sont paradoxalement que peu perturbées, mais avec une accélération considérable de la vitesse de sédimentation globulaire.

Le test au Lugol est négatif $\neq$ 0

Observation n° 14 - Cirrhose du foie.

Mme BER.. âgée de 57 ans est hospitalisée depuis plusieurs mois. Il s'agit d'une éthylique avouée qui présente une cirrhose du foie avec hépatomégalie

circulation collatérale abdominale, splénomégalie, oedèmes des membres inférieurs.

Il n'y a pas d'ascite cliniquement décelable.

Des épreuves hépatiques sont pratiquées, le 19-8-59, elles indiquant :

Test de Mac LAGAN = 20 uV

" HANGER = 0

" GROS = 35 uV

" KUNKEL Phénolique = 28 uV

Le taux de Cholestérolémie = 2,40 gr; celui de la Bilirubine Totale 14 mlg. pour 1.000.

La courbe de SANDOR et VARGUES est normale.

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont pratiquement normales.

Il s'agit d'une cirrhose stabilisée.

Le test au Lugol est négatif = 0.

Observation n° 15 - Cirrhose éthylique du foie.

M. BOU.. âgé de 67 ans est hospitalisé depuis très longtemps pour une cirrhose éthylique ascitique.

Il présente actuellement une tuberculose excavée du sommet droit.

Les examens paracliniques pratiqués le 12-6-59 montrent :

Une vitesse de sédimentation :

1ère heure = 41

2ème heure = 60

24ème heure = 95

Dans le liquide d'ascite qui est à Rivalta + on trouve des lymphocytes, des polymucléaires altérés et un taux important de fibrine.

Le dosage du taux de Prothrombine = 70 %

En conclusion : Il s'agit d'une cirrhose stabilisée depuis 6 mois.

Le test au Lugol est négatif = 0.

Observation n° 16 - Cirrhose éthylique du foie.

M. MAR.. âgé de 50 ans, est porteur d'une vieille cirrhose. Il est amaigri, et présente un teint subictérique et un état de dénutrition impressionnant.

A l'examen clinique, on constate que son foie est dur et atrophié.

Le malade est actuellement hospitalisé dans un service psychiatrique pour un syndrome de KORSAKOFF avec confusion mentale.

En conclusion : Il s'agit d'une cirrhose atrophique du foie.

Le test au Lugol pratiqué le 2-9-59 est négatif = 0

Observation n° 17 - Cirrhose éthylique du foie

M. BRO... âgé de 59 ans, est hospitalisé le 12-9-59 pour un prédélirium survenant sur un terrain éthylique connu.

A l'examen clinique on trouve :

- une trémulation importante des extrémités
- un faciès anxieux et un état de subdélire confusionnel.

L'exploration manuelle de l'hypocondre droit montre un foie petit et dur : pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. La température est à 37°6

Des examens paracliniques sont demandés. Ils montrent :

Electrophorèse :

Albumines = 60 gr.

Globulines α 1 = 6 %

α 2 = 6 %

β 1 = 7,4 %

β 2 = 4,5 %

γ = 19,3 %

Les épreuves fonctionnelles hépatiques indiquent :

Test de Mac LAGAN = 41 uV

" HANGER = 0

" GROS = 42 uV

" KUNKEL Phénolique = 20 uV

La Cholestérolémie totale = 2,20 gr.

La Bilirubine Totale = 10 nlg pour 1.000

directe = 0

En conclusion : Les tests hépatiques sont presque normaux ; il s'agit d'une cirrhose éthylique non évolutive.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 18 - Cirrhose éthylique du foie.

M. BROS.. âgé de 68 ans est hospitalisé dans un service de médecine le 20-9-59 pour une hémiparésie survenue la veille.

Il s'agit d'un malade éthylique porteur d'une cirrhose du foie actuellement non évolutive et bien stabilisée.

A l'examen clinique on constate que le foie est atrophié.

Des examens paracliniques sont alors demandés le 22-9-59. Ils indiquent :

Taux de Prothrombine = 100 %

La Cholestérolémie = 2,20 gr.

L'électrophorèse montre :

Protides = 74 gr.

Albumines = 48,5 gr.

Globulines α 1 = 2,4 %

α 2 = 10 %

β = 24,3 %

γ = 24 %

En conclusion : Il existe une augmentation des γ globulines, cependant il s'agit d'une cirrhose éthylique stabilisée.

Le test au Lugol pratiqué le 24-9-59 est négatif = 0.

Observation n° 19 - Hénochronatose.

M. AUD.. âgé de 52 ans entre d'urgence dans un service de médecine le 28-6-59 pour une hémorragie digestive d'origine indéterminée.

L'observation de ce malade illustre très bien l'intérêt que peut présenter le Lugol-test en cas d'urgence.

A l'examen le malade présente un teint plombé et une pigmentation à reflets métalliques très importante siégeant au niveau des parties découvertes.

Il existe une hépatonégalie modérée d'un foie dur, régulier.

Progressivement, le malade entre dans le coma, le bronzage s'accroît et M. AUD.. décède le 30-6-59 avant que les résultats des examens des laboratoires ne soient arrivés.

Or un Lugol-test fait à l'entrée du malade avait montré une positivité très importante avec ++++.

L'origine hépatique de l'affection est contrôlée le 31-6-59 par une vérification anatomique qui montre : "L'existence d'une hénochronatose avec cirrhose annulaire hypertrophique, ayant provoqué une hypertension portale et des hématoxyloses".

En conclusion : Il s'agit d'une hémochromatose dont l'issue fut fatale avant que des examens paracliniques aient pu être pratiqués.

Le test au Lugol est positif = ++++

Observation n° 20 - Hémochromatose.

M. GAU... âgé de 37 ans est hospitalisé dans un service de médecine pour une pigmentation bronzée des parties découvertes avec reflets métalliques des téguments.

L'examen clinique retrouve une hépatomégalie importante, des oedèmes des membres inférieurs ainsi que des troubles du rythme cardiaque.

Des examens paracliniques sont pratiqués le 6-10-59. Ils montrent :

Sidérémie = 192 γ

Vitesse de sédimentation :

1ère heure = 15

2ème heure = 42

24 ème heure = 94

Le taux de Prothrombine = 55 %

La numération globulaire montre 4.680.000 globules rouges.

Les épreuves hépatiques indiquent :

Test Mac LAGAN = 12 uV

" HANGER = 0

Test de GROS = 42 uV

" KUNKEL Phénolique = 20 uV

En conclusion : Il s'agit d'une hémochromatose dont les tests de labilité plasmatique sont normaux.

Le test au Lugol est positif = +++

Observation n° 21 : Cancer du foie.

M. SIM.. âgé de 63 ans est hospitalisé le 24-6-59 pour un cancer du foie objectivé peu après par la ponction biopsie.

Il est au stade terminal, ne s'alimente plus depuis 8 jours. Sa courbe thermique plafonne à 39°C.

A l'examen clinique on trouve une grosse masse irrégulière polynodulaire de l'hypocondre droit.

Les épreuves hépatiques pratiquées le 29-6-59 indiquent :

Taux de Prothrombine = 100 %

Test de Mac LAGAN = 29 uV

" HANGER = 0

" GROS = 37 uV

" KUNKEL Phénolique = 30 uV

Le dosage de la bilirubine totale = 13 mg. pour 1.000

directe = 0

En conclusion : Les épreuves hépatiques ne sont pas perturbées dans ce cas de néoplasme du foie.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 22 - Cancer du foie.

M. LAY.. âgé de 65 ans est hospitalisé en Juin 1959 pour un néoplasme du poulmon qui serait secondaire à un cancer du foie.

L'examen clinique montre un foie légèrement augmenté de volume, dur avec un petit noyau au niveau du pôle inférieur.

Le malade est cachectique, essoufflé et anémique.

La vitesse de sédimentation est :

1ère heure = 76

2ème heure = 89

24ème heure = 100

Le taux de Prothronbine = 55 %

Le temps de saignement = 2'30"

Le temps de coagulation = 8'

En conclusion : Il s'agit d'un néoplasme du foie.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 23 - Ictère par obstruction

Mme HAM... âgée de 80 ans est hospitalisée dans un service de chirurgie car elle souffre de crises douloureuses très violentes au niveau de l'hypochondre droit, faisant penser à des crises de coliques hépatiques.

Elle présente un ictère jaune foncé qui est apparu rapidement. Sa vésicule est palpable, très dure ; son abdomen est ballonné.

Le 25-8-59 des épreuves hépatiques sont pratiquées; elles indiquent :

Test de Mac LAGAN = 25 uV

" HANGER = 0

" GROS = 41 uV

" KUNKEL Phénolique = 32 uV

Le dosage de la Bilirubine Totale = 20 nl.g. pour 1.000

" indirecte = 8 nl.g. "

" directe = 12 nl.g. "

La Cholestérolémie totale = 1,85 gr. pour 1.000

La vitesse de sédimentation est :

1ère heure = 63

2ème heure = 95

24 ème heure = 102

En conclusion : Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales :

il s'agit donc d'un ictère par obstruction.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 24 - Ictère par obstruction.

Mme BOU... 55 ans est hospitalisée dans un service de chirurgie le 25-8-59 pour un ictère accompagné de douleurs épigastriques.

On constate la présence d'une lame d'ascite et l'existence d'une hépatomégalie très sensible à la palpation.

A l'intervention on trouve un cancer du colon transverse avec métastases péritonéales et compression des voies biliaires.

Des épreuves hépatiques avaient été pratiquées ; elles montraient :

Test de Mac LANGAN = 19 uV

" HANGER = 0

" GROS = 45 uV

" KUNKEL Phénolique = 41 uV

La Cholestérolémie totale = 2,30 gr.

Le dosage de la Bilirubine Totale = 4 nlg. pour 1.000

" directe = 0

Le taux de Prothrombine = 90 %

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont normales et avec la clinique on conclut à un ictère par obstruction.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 25 - Ictère par obstruction.

M. NOB.. 67 ans est hospitalisé dans un service de médecine le 7-9-59 pour un ictère fébrile avec douleurs à la palpation de l'hypocondre droit.

On trouve aussi à l'examen un gros foie de cholostase, une langue saburrale et des urines très foncées ainsi que des selles décolorées.

Des examens paracliniques sont demandés, ils indiquent :

Cholestérolémie : 3,10 gr.

Bilirubine Totale = 15 mg. pour 1.000

" directe = 0

Le taux de Prothrombine = 100 %

La vitesse de sédimentation :

1ère heure = 4

2ème heure = 9

24ème heure = 56

Le test de Mac LAGAN = 21 uV

" HANGER = 0

" GROS = 41 uV

" KUNKEL Phénolique = 32 uV

En conclusion : Il s'agit d'un ictère par obstruction avec épreuves hépatiques normales.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 26 - Ictère par obstruction.

Mme BRE.. âgée de 32 ans est hospitalisée depuis 2 mois dans un service de psychiatrie pour confusion mentale et délire érotique.

Depuis 8 jours s'est développé un ictère apyrogène, cutanéomuqueux avec avec décoloration des selles.

L'examen clinique révèle une douleur à la pression de la zone vésiculaire et l'existence d'une légère hépatomégalie.

Des examens paracliniques sont demandés, ils montrent :

Test de Mac LAGAN = 15 uV

" HANGER = 0

" GROS = 29 uV

" KUNKEL Phénolique = 23 uV

La Cholestérolémie totale = 2,80 gr.

En conclusion : Il s'agit d'un ictère par rétention avec épreuves hépatiques normales.

Le test au Lugol pratiqué le 8-10-59 est négatif = 0

2 - MALADES PRESENTANT DES AFFECTIONS MEDICALES DIVERSES.

Observation n° 27 - Polynévrite éthylique.

M. PER.. âgé de 54 ans est hospitalisé le 24-7-59 pour un début de polynévrite éthylique (douleurs des membres inférieurs, aréflexie ostéotendineuse).

Il présente actuellement un subictère, une lame d'ascite qui font penser à un état cirrhogène.

Les épreuves hépatiques pratiquées le 28-7-59 montrent :

Test de Mac LAGAN = 28 uV

" HANGER = 0

" GROS = 35 uV

" KUNKEL Phénolique = 28 uV

La Cholestérolémie = 1,80 gr.

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont normales. Il s'agit d'une polynévrite éthylique.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 28 - Polynévrite éthylique.

M. MAR.. âgé de 62 ans est hospitalisé le 10-8-59 pour des douleurs polynévritiques des membres inférieurs. Il s'agit d'un éthylique dont l'état général est assez mauvais.

Des épreuves hépatiques sont demandées, elles indiquent :

Test de Mac LAGAN	=	22 uV
" HANGER	=	0
" GROS	=	29 uV
" KUNKEL Phénolique	=	35 uV

En conclusion : Les épreuves hépatiques sont normales, il s'agit d'une polynévrite éthylique.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 29 - Polynévrite éthylique

Mme ZIE.. 48 ans est hospitalisée le 17-9-59 car elle présente un état confusionnel avec agitation importante. Il s'agit d'une malade dont l'éthylisme est bien connu.

Elle souffre de douleurs polynévritiques des membres inférieurs avec perturbation de la sensibilité superficielle et modifications des réflexes ostéotendineux.

On ne possède que peu d'examen de laboratoire.

Urémie : 0,25 gr.

Numération globulaire : 5.020.000 globules rouges.

En conclusion : Il s'agit d'une polynévrite des membres inférieurs.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 30 : Polynévrite éthylique.

Mme LAF.. 63 ans, entre à l'hôpital le 21-9-59 pour une asthénie très importante. Il s'agit d'une éthylique qui présente un purpura sur l'abdomen et les membres inférieurs ainsi que des signes d'intoxication alcoolique très marqués (tremblement des extrémités, petits délires confusionnels).

Elle présente aussi des algies très intenses à type de polynévrite au niveau des membres inférieurs.

Des examens paracliniques sont pratiqués : il existe une anémie légère avec 3.900.000 globules rouges.

La vitesse de sédimentation

1ère heure = 80

2ème heure = 110

24ème heure = 118

Le taux de Prothrombine = 100 %

En conclusion : Il s'agit d'une polynévrite des membres inférieurs.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 31 - Polynévrite éthylique.

Mme RIO.. âgée de 57 ans est hospitalisée dans un service de médecine le 25-9-59 pour des douleurs polynévritiques des membres inférieurs. Il s'agit d'une éthylique avouée.

Les tests hépatiques pratiqués le 26-9-59 indiquent :

Test de Mac LAGAN = 11 uV

" HANGER = 0

" GROS = 29 uV

" KUNKEL Phénolique = 23 uV

La Cholestérolémie Totale = 2,40 gr.

Le dosage de la Bilirubine Totale = 5 mg. pour 1.000

" directe = 0

Une électrophorèse montre :

Albumines = 50 gr.

Globulines α 1 = 3 %

α 2 = 7,5 %

β 1 = 8,7 %

β 2 = 6,5 %

γ = 24,3 %

En conclusion : Il existe une augmentation des γ globulines
sériques.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 32 - Leucémie Lymphoïde

M. GAD.. âgé de 78 ans est hospitalisé le 15-8-59 pour une Leucémie
lymphoïde.

Il présente d'énormes adénopathies disséminées.

Les examens paracliniques montrent :

Une numération globulaire avec 78.000 globules blancs et, surtout, une hyperplasie de la lignée lymphoïde.

Le malade décède avant que d'autres examens puissent être demandés.

Le test au Lugol est positif = ++++

Observation n° 33 : Leucémie lymphoïde

M. BAR.. âgé de 62 ans est hospitalisé dans un service de médecine le 23-8-59.

Il présente une Leucémie lymphoïde et est dans un état de cachexie impressionnant.

La numération formule sanguine indique :

224.000 globules blancs avec des nappes de cellules lymphoïdes au stade lymphocytaire.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 34 - Leucémie lymphoïde

Mme RIC.. âgée de 56 ans est hospitalisée le 11-9-59 pour une leucémie lymphoïde avec polyadénopathies de taille moyenne, accompagnées d'une asthénie et d'un amaigrissement assez important.

Cette leucose est objectivée par une numération globulaire qui montre :

Globules rouges 3.880.000

Globules blancs 77.000

avec une formule :

2 polynucléaires - 1 éosinophile - 2 monocytes

8 lymphocytes - mais 87 prolymphocytes.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 35 - Maladie de Hodgkin

M. CAP.. âgé de 48 ans, est hospitalisé dans un service de médecine le 28-8-59 en pleine poussée de maladie de Hodgkin.

A ce moment sa courbe thermique avoisine 40° C. . Ses aires ganglionnaires sont occupées par de volumineux ganglions fermes.

Une numération globulaire montre une anémie avec 2.860.000 globules rouges.

Une vitesse de sédimentation montre :

1ère heure = 135

2ème heure = 138

24ème heure = 140

La preuve anatomo-pathologique de l'affection avait été faite lors d'une précédente poussée 2 mois auparavant.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 36 - Néphrose lipoïdique.

M. DUJ.. 27 ans est soigné depuis 1957 pour une néphrose lipoïdique qui avait été à ce moment objectivée par des examens de laboratoires.

Il vient de faire un épisode de bronchite et est hospitalisé pour ce motif.

Actuellement, le 29-6-59, examens paracliniques :

Hématies minute : 3.800 .

Electrophorèse :

Protides totaux = 47 gr.

Albumines = 29,6 gr.

Globulines α 1 = 2,9 %

α 2 = 38,8 %

β = 21,5 %

γ = 7,5 %

Dosage du cholestérol total = 1,80 gr. pour 1.000

estérifié = 0,90 gr. "

Lipidémie . = 10 grammes.

En conclusion : Il existe une très forte augmentation des α 2

et β globulines mais inversement une diminution importante des albumines

et γ globulines.

Le test au Lugol est négatif = 0.

Observation n° 37 - Colite ulcéreuse

M. COL., âgé de 52 ans est hospitalisé le 17-8-59 pour une dysenterie amibienne confirmée par le laboratoire.

Après un traitement par l'émétine et la Terramycine, s'est développée une entérocolite gravissime ayant nécessité une antibiothérapie intensive en raison de la présence successive dans les selles de Proteus et de Staphylocoques pathogènes.

Tous les traitements utilisés furent sans action et le malade s'est progressivement cachectisé. Il est mort dans un état de collapsus le 20-9-59.

Jamais, cliniquement, il n'y eut de lésions hépatiques (ni ictère, ni hépatomégalie).

Des épreuves hépatiques ont été pratiquées : elles ont montré :

Test de Mac LAGAN	=	21
" HANGER	=	0
" GROS	=	46
" KUNKEL Phénolique	=	42

Une électrophorèse est faite en même temps :

Protides	=	59 gr. pour 1.000
Albumines	=	34,5 gr.
Globulines α 1	=	7,6 %
α 2	=	12 %

$$\beta = 11,4 \%$$

$$\gamma = 34,5 \%$$

En conclusion : Il s'agit d'un malade porteur d'une colite ulcéreuse gravissime avec dénutrition très importante et dont l'électrophorèse montre une augmentation considérable du taux des γ globulines sériques.

Le test au Lugol est positif = ++++

Observation n° 38 - Ulcère gastroduodéal.

M. PRO.. âgé de 63 ans entre dans un service de médecine le 3-8-59 pour des hémorragies digestives d'origine indéterminée.

Une radiographie montrera plus tard une ulcération de la partie verticale de la petite courbure gastrique.

Des épreuves hépatiques sont alors pratiquées le 31-8-59. Elles indiquent :

Test de Mac LAGAN	= 18 uV
" HANGER	= 0
" GROS	= 39 uV
" KUNKEL Phénolique	= 23 uV

En conclusion : Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure gastrique, les épreuves hépatiques sont normales.

Le test au Lugol est négatif = 0

Observation n° 39 - Ulcère gastro duodéal.

M. BLA... âgé de 62 ans est hospitalisé le 15-10-59 pour une hénaténèse assez importante. Le malade a des antécédants ulcéreux vieux de 10 ans.

Une radiographie après ingestion de baryte montre l'image d'un petit ulcère de la partie verticale de la petite courbure.

Le test au Lugol est négatif = 0.

N°	NOM	Age	Sexe	Diagnostic	Lugol	Bilir. D	Bilir. Ind.	Choles. E	Mac IAGAN	HANGER	GROS	KUNKEL Phénol	Proti. des Albumi nes	GLOBULINES				Y
														α1	α2	β1	β2	
1	DAL	72	M	Ictère hépatite	++	8	22	2,2	38	0	47	29						
2	BER	54	F	"	+++	0	0	2,4	110	0	63	56						
3	HAN	73	M	"	+	56	52	2,4	60	++	63	38						
4	SAL	57	F	"	++	0	0	-	42	+	47	33						
5	BEI	67	F	"	+++	0	0	2	90	+	67	46						
6	LAR	43	M	"	0	44	48	-	42	0	50	37	54,5	10,4	12,7	17,2		
7	dev	19	M	Leptosp I, hémor.	+	0	0	-	37	0	44	40						
8	PON	53	M	"	+	0	0	2,2	85	0	56	32	36,7	20,3	13,2	22,2		
9	ALI	60	M	Cirrhose foie	+++	0	0	2,3	15	0	28	8	53,5	7,9	11,6	24,2		
10	CLA	58	M	"	+++	0	0	1,2	34	0	47	36	41	6,7	13,4	34,2		
11	GIB	49	M	"	+++	0	0	-	-	0	-	-	59	6,1	10	22,9		
12	RIO	56	M	"	++	0	0	1,8	11	0	29	23	50	7,5	8,7	24,9		
13	GIR	56	F	"	0	0	0	2,4	39	0	44	35						
14	BER	57	F	"	0	0	0	1,4	20	0	35	28						
15	BOU	67	M	"	0	0	0	2,4		0								
16	MAR	50	M	"	0	0	0			0	52	20	60	6	7,4	19,3		
17	BRO	59	M	"	0	0	0	2,2	41	0			48,5	10	24,3	24		
18	BRO	68	M	"	0	-	0	2,2										
19	AUD	52	M	Hémochromatose	+++													
20	GAU	37	M	"	+++				12	0	42	20						
21	SIM	63	M	Cancer du foie	0	0	0		29	0	37	30						
22	LAY	65	M	"	0		8	1,8	25	0	41	32						
23	HAN	80	F	Ictère obstruct.	0	12	0	2,3	19	0	45	41						
24	BOU	55	F	"	0	0	0	3,1	21	0	41	32						
25	LOB	67	M	"	0	0	0	2,8	15	0	29	23						
26	BRE	32	F	"	0	0	0	1,8	28	0	35	39						
27	BER	54	M	Polynévrite	0	0	0		22	0	29	35						
28	MAR	62	M	"	0	0	0											
29	ZIE	48	F	"	0	0	0											
30	LAF	63	F	"	0	0	0											
31	RIO	57	F	"	0	0	0	2,4	11	0	29	23	50	7,5	8,7	24,3		
32	GAD	78	M	Leucémie Lymph.	+++													
33	BAR	62	M	"	0													
34	RIC	56	F	"	0													
35	CAP	48	M	Hodgkin	0			1,8	21	0	46	42	29,6	38,8	21,5	7,5		
36	DUI	27	M	Néphrose Lip.	0				18	0	39	23	34,5	12	11,4	34,5		
37	COL	52	M	Entérocolite	+++								47	2,9				
38	PRO	63	M	Ulçère gastr.	0								59	7,6				
39	BLA	62	M	"	0													

R E S U L T A T S

I - TEST PRATIQUE SUR DES SUJETS TEMOINS

Les sujets témoins sont au nombre de 20. De façon constante, sans aucune exception, les réactions au Lugol sont toutes parfaitement négatives. Jamais, chez aucun d'eux, nous n'avons observé la moindre floculation : le mélange est resté limpide.

TABEAU III : Sujets sains :

Non	Age	Sexe	Lugol
DAR.	51	M	Négatif
PAU.	63	M	Négatif
LOI.	21	M	Négatif
DLA.	42	M	Négatif
LER.	56	F	Négatif
REV.	60	F	Négatif
FRI.	18	F	Négatif
LAU.	35	M	Négatif
BEN.	30	M	Négatif
VIN.	34	M	Négatif
ANJ.	26	M	Négatif
LOS.	22	M	Négatif
REZ.	23	M	Négatif
BON.	22	M	Négatif
BOU.	50	M	Négatif
ENE.	42	M	Négatif
AN.	30	M	Négatif
AN.	26	F	Négatif
FLO.	22	M	Négatif
MER.	23	M	Négatif

II - TEST PRATIQUE SUR DES SUJETS MALADES

Reprenant notre classification nous séparerons, pour plus de clarté, les malades atteints d'affections hépatiques et les malades atteints d'affections diverses.

1/ Malades atteints d'affections hépatiques

Leur nombre s'élève à 26 : les résultats sont consignés dans le tableau n° IV.

TABEAU IV - Malades atteints d'affections hépatiques

	Nombre de cas	Lugol +	Lugol -
Ictères par hépatite	6	5	1
Leptospiroses Ictérohémorragiques	2	2	0
Ictères par obstruction	4	0	4
Cirrhoses du foie	10	4	6
Cancers du foie	2	0	2
Hémochromatoses	2	2	0

La simple lecture de ce tableau fournit des renseignements qui nous paraissent du plus haut intérêt.

En effet, sur les 6 ictères par hépatite que nous avons observés, 5 fois la réaction au Lugol s'est avérée positive. Dans un cas (observation n° 6), la réaction a été négative, bien qu'il s'agisse d'un ictère par hépatite probable : la précession de céphalées, arthralgies, urticaire, plaide pour une hépatite, bien que les épreuves habituelles fonctionnelles aient été ici normales. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point.

Par contre, il conviendrait peut-être de faire entrer dans ce lot de malades ayant eu une hépatite ictérogène, le cas d'un malade cirrhotique ayant fait une poussée d'ictère vraisemblablement infectieux et chez lequel la réaction fut fortement positive (observation n° 10).

Dans les deux cas de leptospiroses ictérohémorragiques (tous 2 confirmés par le laboratoire) la réaction du test au Lugol a été positive.

Par contre l'épreuve s'est avérée négative dans les 4 cas d'ictères par obstruction que nous avons pu rassembler.

Dans chacun des 2 cas d'hémochromatose qui étaient en période de poussée sévère, on a observé deux floculations.

Quant aux cirrhoses éthyliques du foie dont nous avons observé dix cas, la réaction a été négative dans six cas, positive dans quatre.

Enfin il n'y eut aucune floculation dans les deux cancers du foie que nous avons vus.

2/ Malades atteints d'affections diverses.

Leur nombre s'élève à treize cas. Les résultats sont consignés dans le tableau n° V.

TABEAU V - Malades atteints d'affections médicales diverses.

	Nombre de cas	Lugol +	Lugol -
Polynévrites éthyliques	5	0	5
Leucémies lymphoïdes	3	1	2
Maladie de Hodgkin	1	0	1
Néphrose lipoïdique	1	0	1
Colite ulcéreuse	1	1	0
Ulcères gastroduodénaux	2	0	2

Ces sujets ont été choisis, rappelons-le, de façon à tenter de préciser le mécanisme de l'épreuve au Lugol. Aussi bien des affections très disparates ont-elles été réunies. Contentons-nous de noter, pour le moment, les résultats discordants que donne ici cette épreuve.

COMMENTAIRESI - VALEUR DE L'EPREUVE AU LUGOL -

L'épreuve au Lugol fort, de réalisation très simple et aisée, a été avant tout conçue dans un but clinique pratique. Le problème est tout d'abord de savoir, si dans les affections hépatiques elle revêt une valeur réelle, si l'on peut considérer que les résultats qu'elle donne ont une valeur formelle ou simplement une valeur d'indication, si enfin cette réaction peut être considérée comme spécifique.

1°/ Le test au Lugol est-il de quelque valeur dans les affections hépatiques ?

A considérer les résultats de l'épreuve lorsqu'elle a été pratiquée sur des sujets atteints d'affections hépatiques, il semble que l'on puisse répondre par la positive.

a) En effet : ainsi que le montrent les données réunies dans le tableau n° IV, on constate que les malades atteints d'ictère par hépatite ont donné une réponse positive cinq fois sur six, alors que ceux qui présentaient un ictère par obstruction donnaient tous, sans exception, une réaction négative. D'autre part, les deux cas de leptospirose ictérohémorragique ont également eu une réponse positive.

C'est à notre avis, un résultat du plus haut intérêt. Si l'on veut bien en effet considérer la facilité d'exécution de cette épreuve

et les résultats qu'elle a donnés, on est en droit de penser qu'elle peut tenir un rang très honorable et en tout cas appréciable, parmi l'ensemble de toutes les épreuves fonctionnelles pratiquées actuellement; épreuves dont la technique est beaucoup plus délicate et les réponses plus longues à obtenir, même dans des conditions de travail optima.

Le seul regret que nous puissions avoir, est que nous n'avons pas eu à notre disposition un matériel plus important. Les douze cas d'ictères que nous avons rassemblés représentent en effet, un chiffre trop faible pour avoir un réel intérêt statistique. Mais ce chiffre est malgré tout suffisant pour avoir une valeur d'indication très intéressante.

Il nous apparaît certain que des travaux portant sur un nombre beaucoup plus grand de cas, sont indispensables pour préciser exactement la valeur de l'épreuve au Lugol.

En ce qui concerne les autres affections hépatocellulaires que nous avons observées (cirrhoses alcooliques banales du foie, hémochromatoses, cancers du foie), les réponses sont très discordantes et demandent à être étudiées de très près.

b) Dans quatre cas de cirrhoses éthyliques, le résultat fut positif alors qu'il fut négatif dans les six autres.

Dans les deux hémochromatoses que nous avons vues les réponses étaient positives.

Ce que nous nous bornerons à dire, c'est que les deux cirrhoses bronzées ont été examinées à une phase sévère, en pleine poussée de décompensation, en pleine phase évolutive.

En ce qui concerne les cirrhoses alcooliques, nous avons l'impression que la réaction était positive dans les cas où la cirrhose était elle-même évolutive ; et qu'elle restait négative dans les cas où elle paraissait stabilisée. Mais ceci n'est qu'une impression clinique. En tout cas si un parallélisme clinique a été observé, il n'y a eu dans ces cas, par contre, aucun parallélisme entre l'importance des perturbations des épreuves fonctionnelles hépatiques et la positivité du test au Lugol.

c/ Enfin les deux cancers du foie que nous avons pu rassembler, n'ont donné lieu à aucune floculation. Mais on sait que les résultats des épreuves fonctionnelles sont en pareille matière bien décevants dans la plupart des cas. La Brome-sulfone-Phtaleine donne ici très certainement des renseignements beaucoup plus précieux que le test au Lugol.

En conclusion : Dans les affections intéressant la cellule hépatique, nous croyons pouvoir avancer que :

- le test au Lugol paraît avoir une valeur certaine dans le diagnostic différentiel des ictères ; nous avons observé une floculation lorsqu'il s'est agi d'un ictère par hépatite, il n'y a pas eu de floculation lorsqu'il

s'est agi d'un ictère par obstruction. Sans doute existe-t'il des exceptions ; c'est ainsi que nous avons eu une réaction négative dans un cas d'hépatite où, il est vrai, les autres réactions de laboratoire étaient négatives. Aussi devant un syndrome ictérique, le test au Lugol a une valeur d'indication certaine.

- Le test au Lugol donne des réponses inégales dans les cas de cirrhose du foie. Il semble qu'il devienne positif lors des poussées évolutives. Mais, ainsi que nous l'avons déjà souligné, il ne s'agit que d'une impression qu'il serait bon d'étayer sur un nombre plus important de cas.

2°/ Existe-t-il un parallélisme entre l'intensité de la réaction au Lugol et la gravité de l'atteinte de la cellule hépatique.

Mis à part les sujets témoins qui, à priori, n'ont aucune lésion hépato-cellulaire, nous avons vu que les malades présentant un ictère par obstruction et dont les épreuves fonctionnelles montraient que la cellule hépatique n'était pas atteinte, ont, sans exception, donné une réponse négative au Lugol.

Mais, dans les cas d'hépatite avec ictère, qui, par exemple, ont donné une réponse positive, nous n'avons pu établir aucun parallèle entre le degré de floculation du Lugol, et celui des autres épreuves hépatiques.

Nous ajouterons cependant que, dans le seul cas d'hépatite où la réaction était négative, il faut noter que les épreuves fonctionnelles n'étaient pratiquement pas perturbées.

De même, dans les cirrhoses éthyliques nous avons eu l'impression, que dans les poussées évolutives sévères, la réaction était positive ; cette impression ne s'appuyant que sur des données cliniques et non sur les résultats du laboratoire eux-mêmes. Il faut noter, que dans les deux cas où le test a été extrêmement positif, à +++, (observations n^{os} 5 et 19) il s'agissait de malades dont l'état était gravissime et dont le décès suivit très rapidement ; cela alors que les autres épreuves fonctionnelles ne donnaient pas elles-mêmes des résultats catastrophiques.

Restant toujours sur le plan évolutif et pronostique, nous pensons que cette réaction au Lugol a encore là une certaine valeur. A plusieurs reprises, en effet, à cet égard, nous nous sommes attachés à pratiquer chez le même malade des tests multiples. Nous en donnerons trois exemples.

M. HAN. (observation 3) (ictère par hépatite) : a eu un test au Lugol pratiqué à son entrée dans le service, alors qu'il était au début de sa phase ictérique. Le test s'est alors avéré positif à +. Treize jours plus tard, alors qu'il avait pratiquement déjàuni et que son état général s'améliorait, une nouvelle épreuve au Lugol fut pratiquée, qui cette fois, fut négative.

M. PON. (observation 8 - leptospirose ictérohémorragique) a eu un test au Lugol trois jours après son entrée dans le service, en pleine période d'état de son affection, qui s'est avéré être positif à +. Deux semaines plus tard, le test était négatif alors que le malade entrait en convalescence.

M. CLA. (observation 10 - cirrhose éthylique). Ce malade est entré dans le service alors qu'il présentait une sévère poussée d'ictère avec phénomènes hémorragiques importants (purpura, épistaxis). A son entrée, le test au Lugol était positif à ++++. Un mois plus tard, alors qu'il avait déjàuni et que son état s'était considérablement amélioré, un nouveau test fut pratiqué, qui, cette fois, fut négatif.

L'étude de ces trois cas souligne la valeur pronostique de la réaction qui a reflété fidèlement l'amélioration clinique de ces malades.

En conclusion : L'épreuve au Lugol semble présenter un certain intérêt pronostique. Lorsqu'elle est extrêmement positive à ++++, on peut envisager un pronostic grave. C'est là une notion intéressante, lorsqu'on sait que bien souvent, les réponses du laboratoire ne reflètent pas l'état réel du malade tel qu'il apparaît après l'examen clinique.

D'autre part, en cas d'amélioration, on peut assister à la clarification progressive du mélange sérum Lugol. Nous nous plaçons encore une fois sur un terrain essentiellement clinique, étant donnée l'absence de parallélisme souvent observée entre les épreuves fonctionnelles hépatiques et le degré de floculation du test au Lugol. En ce sens, on peut donc dire que le test au Lugol s'avère plus fidèle que les épreuves classiques ; car il semble mieux concorder avec l'évolution clinique de la maladie.

II - MECANISME DE L'EPREUVE AU LUGOL -

Dans son travail V. VIRANUVATTI avait étudié le rapport entre le test au Lugol et les modifications des différentes fractions protéiques du sérum. Il avait conclu que le test au Lugol était modifié chaque fois qu'il y avait une élévation des γ globulines sériques. Il ajoutait que la floculation était aussi une conséquence d'une modification qualitative de la sérum-albumine.

Ce point avait tout spécialement retenu notre attention. VIRANUVATTI avait en effet observé que la réaction au Lugol devenait positive dans nombre d'affections extra hépatiques. Il fallait donc tenter de chercher quelle était la perturbation, quel était le mécanisme vraisemblablement commun, qui pouvait provoquer la floculation du mélange sérum Lugol.

De notre côté nous avons également observé des réactions positives dans des affections extra hépatiques. Nous avons vu, que dans treize cas d'affections diverses ou globalement la réaction ne fut que deux fois positive, elle le fut dans un cas sur trois de leucémie lymphoïde et dans un cas de colite ulcéreuse gravissime.

Tant chez nos sujets hépatiques que chez ceux atteints d'autres affections, nous avons donc cherché à savoir pourquoi apparaissait cette floculation.

Tout d'abord nous avons tenté de voir s'il existait au moins, de façon constante, une élévation des γ globulines sériques dans les cas où le Lugol test était positif.

TABEAU VI - Résultats comparatifs de l'électrophorèse et du Lugol-test.

Test au Lugol	Nombre de cas	Négatif	Positif
Electrophorèse normale	2	2	0
Augmentation γ	8	2	6
Diminution γ	2	1	1
Augmentation α_1	2	1	1
Augmentation des β	2	1	1

Le tableau n° VI nous montre que les examens électrophorétiques pratiqués dans les deux catégories de sujets malades, indiquent dans six cas d'hypergammaglobulinémie des réactions au Lugol positif ; dans deux autres cas celles-ci restent négatives. Par contre, sur deux cas où fut observée une baisse des gammaglobulines on a observé une fois une floculation du test au Lugol.

Nos conclusions se séparent donc nettement de celles de V. VIRANUVATTI qui pense que l'augmentation du taux des gammaglobulines sériques est un facteur obligatoire pour la positivité de la réaction.

Nous avons, par ailleurs, cherché à savoir si les autres fractions protéiques telles que les sépare l'électrophorèse pouvaient être en cause : là encore nous n'avons obtenu aucune corrélation.

Enfin, mettant en parallèle les résultats de l'épreuve au Lugol avec d'autres tests qui ont théoriquement pour but d'exprimer le trouble d'un élément ou d'un groupe d'éléments protidiques du sérum (test de HANGER, Mac LAGAN, GROS, KUNKEL Phénolique) ; nous n'avons également trouvé aucun point de coïncidence.

De même, à ce propos, aucun parallélisme non plus, ainsi d'ailleurs qu'on pouvait s'y attendre, avec les taux de bilirubine directe, indirecte ou avec ceux du cholestérol total ou esthérifié, ne peut être observé.

En conclusion : Pour nous, le mécanisme de l'épreuve au Lugol n'est toujours pas expliqué. Il ne semble pas qu'il soit du à une perturbation quantitative d'une ou plusieurs fractions protéiques du sérum.

Peut-être une modification qualitative est-elle à la base de cette floculation ? Cette inconnue ne peut se résoudre qu'à l'aide d'études chimiques poussées.

C O N C L U S I O N S

I - Le test au Lugol est une épreuve fonctionnelle du foie, simple, véritablement clinique, ne nécessitant qu'un matériel peu important, et au surplus, d'une lecture aisée et rapide.

II - L'épreuve au Lugol nous paraît avoir une valeur diagnostique très importante dans la différenciation des ictères par hépatite, où elle est positive, et des ictères par obstruction, où elle est négative. Dans les autres affections hépatiques sa valeur diagnostique nous paraît moins grande.

III - L'épreuve au Lugol paraît également avoir un intérêt pronostique certain au cours des affections hépatocellulaires, reflétant peut-être plus fidèlement que les autres épreuves hépatiques fonctionnelles, l'évolution de la clinique.

IV - Son mécanisme semble jusqu'ici inconnu.

V - Il semble que l'épreuve au Lugol peut avoir une place de choix parmi les différentes épreuves fonctionnelles hépatiques.

BIBLIOGRAPHIE

MALLEN, M.S. UGALDE, E.L. BALCAZAR, M.R. BOLIVAR :

Américan Journal of clinic Pathology. 1950 - 20. p. 39

SHAPER . A.G. ; Trans. Roy. Soc. Tropic Médecine and Hygien. 1953

Liver Function test suitable For tropical practice , p. 324 - 328 - July 53

V. VIRANUVATTI (Bangkok Thaïland),

The Américan Journal of. Gastrology, March. 1959. p. 264

Vu le Président de Thèse

Professeur LEMAIRE

Vu, le Doyen de la Faculté

de Médecine de Paris,

Professeur Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS,

Jean SARRAILH.

